Confa
Contigo, con todo

Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa
Nit. 890.806.490-5
Formulario de afiliación de trabajadores y personas a cargo

Cuando la novedad es reingreso debe diligenciar el formulario informe de novedades o reingreso de trabajadores

I. DATOS PARA SER SUMINISTRADOS POR EL EMPLEADOR

PARTE 1 — **Tipo de novedad** (ver en hoja adjunta: tipo de novedad)

Afiliación del trabajador ☐ Actualización de personas a cargo ☐

PARTE 2 — **Datos de la empresa**

Nombre o razón social de la empresa	Teléfono	Código Confa	Sucursal	Nit. o cédula de la empresa

Correo electrónico

PARTE 2A — **DATOS DEL TRABAJADOR**

N° identificación del trabajador	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (s)	Género
				Fem. ☐ Mas. ☐

Fecha expedición del documento — Año / Mes / Día

Horas laboradas en el mes	Salario fijo promedio mensual (básico más comisiones)	Ciudad de labores	Fecha ingreso a la empresa
			Año / Mes / Día

PARTE 2B — **Diligenciar en caso que el trabajador labore en otra empresa simultáneamente**

Nombre de la empresa en la cual trabaja simultáneamente	Horas laboradas en el mes	Salario fijo o promedio mensual	Fecha ingreso a la empresa
			AÑO / MES / DÍA

II. DATOS PARA SER SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR

PARTE 3 — **Datos del trabajador**

Dirección del trabajador	Barrio	Ciudad

Fecha de nacimiento — Año / Mes / Día

Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Unión libre ☐
Madre cabeza de familia ☐ Persona en condición de discapacidad ☐

Teléfono

PARTE 3A — **Datos del cónyuge o compañero(a) permanente**

En el caso que el trabajador sea separado, para afiliar al cónyuge actual o al compañero (a) permanente como beneficiario, debe anexar documento de la disolución y liquidación de la sociedad conyugal anterior

N° de identificación del cónyuge	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (es)	Recibe subsidio	Género
				Si ☐ No ☐	Fem. ☐ Mas. ☐

Fecha expedición del documento — Año / Mes / Día

Ciudad donde recibe el subsidio

Fecha de Nacimiento — Año / Mes / Día

Nombre de la empresa para la cual trabaja	Nit. o cédula de la empresa	Salario fijo o promedio mensual

PARTE 4 — **Datos de las personas a cargo del trabajador**

Si el trabajador tiene varios grupos familiares (hijos con más de una persona) es necesario diligenciar un formulario por cada grupo familiar

1. **Si omite relacionar los beneficiarios de su grupo familiar no tendrá derecho ni a los servicios ni al subsidio.**
2. **Si en la parte 1 tipo de novedad señaló únicamente actualización-adición de personas a cargo, diligencie solo los datos de esas personas** (en este caso no es necesario relacionar los beneficiarios ya afiliados).

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre(s)	Género: Masculino	Género: Femenino	Parentesco: Padres	Parentesco: Hermanos	Parentesco: Hijos	Parentesco: Hijastros	Discapacidad	Nivel educativo	Información de identidad: Tipo de documento (C.C. Cédula de ciudadanía; C.E. Cédula de extranjería; T.I. Tarjeta de identidad; R.C. Registro civil)	Información de identidad: N° de documento de identidad	Información de identidad: Tipo	Fecha de nacimiento (AAAA-MM-DD)

Espacio para diligenciar por Confa (causas, motivos de devolución)

PARTE 4A — **Datos del padre o madre biológica de los hijos del trabajador**

Diligencie solo en el caso de no ser los mismos datos de la parte Nº 3A (datos del cónyuge o compañero(a) permanente)

N° identificación	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres (s)	Recibe subsidio	Género
				Si ☐ No ☐	Fem. ☐ Mas. ☐

Fecha expedición del documento — Año / Mes / Día

Fecha de nacimiento — Año / Mes / Día

Nombre de la empresa en la cual trabaja	Nit. o cédula de la empresa	Salario fijo o promedio mensual

Parte 4B OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor (a)_____ identificado_____ padre/madre biológico (a) del menor _____ identificado_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

PARTE 5. Autorización para el tratamiento y uso de datos

Autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Caldas–Confa, para que trate mis datos personales y/o sensibles que llegase a recolectar. De igual manera autorizo de manera previa, expresa e inequívoca para que se traten los datos personales y/o sensibles del menor o de la persona sobre el cual actúo en calidad de representante legal, para que sobre esta información proceda a procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.confa.co, con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de vigilancia y control, para uso de fines administrativo, comercial, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

Declaro estar informado sobre la posibilidad de oponerse al tratamiento de datos sensibles, salvo que sea necesario para el objeto de las relaciones que se establecen y que en mi calidad de titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que los solicite, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de las líneas de atención 8783111 ext. 2772 o al correo proteccion.datos@confa.co.

PARTE 6.

Bajo la gravedad de juramento declaro que este formulario ha sido examinado por Mí y todos los datos que a Mí se refieren son exactos.

_____

Firma del trabajador

El suministro de datos falsos por parte del Empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

_____

Firma y Sello de la Empresa

VIGILADO SuperSubsidio

Original: ***Confa*** · Copia Rosada: ***Empresa***

CALIDAD DE TRABAJADOR BENEFICIARIO

- Tienen derecho al Subsidio Familiar en Dinero, Especie y/o Servicios, los trabajadores cuya remuneración mensual, fija o variable no sobrepasa los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV) y siempre y cuando laboren al menos 96 horas al mes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV).

- Cuando ambos cónyuges laboran y su remuneración es inferior a cuatro (4) (SMMLV), ambos tienen derecho a recibir Subsidio por sus hijos. Cuando la sumatoria de las remuneraciones es superior a cuatro (4) (SMMLV) e inferior a seis (6) (SMMLV), solo recibirá Subsidio por los hijos uno de los trabajadores. En caso en que la sumatoria de las remuneraciones sea superior a seis (6) (SMMLV), no tienen derecho ninguno de los trabajadores a recibir Subsidio Familiar en dinero por los hijos.

- Cuando el trabajador preste sus servicios a más de un empleador, se tendrá en cuenta para efectos del cómputo de horas mensuales el tiempo laborado para todos ellos y la sumatoria de sus remuneraciones para la categoría del carné y por ende las tarifas para acceder a servicios sociales.

CALIDAD DE PERSONA A CARGO O BENEFICIARIA

Darán derecho a Subsidio Familiar en Dinero, Especie y/o Servicios, los trabajadores beneficiarios que a continuación se enumeran:

1. Los hijos que no sobrepasen la edad de 18 años, legítimos, naturales, adoptivos y los hijastros.
   Después de los 12 años se debe presentar certificado de escolaridad emitido por establecimiento educativo para educación formal, debidamente aprobado y con resolución del Ministerio de Educación Nacional.

2. Los hermanos que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos de padres y que convivan y dependan económicamente del trabajador y que cumplan con el Certificado de Escolaridad del numeral 1.

3. Los padres del trabajador beneficiario mayores de (60) años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y que dependan económicamente del trabajador.
   No podrán cobrar simultáneamente este Subsidio por más de uno de los hijos trabajadores.

4. Los padres, los hermanos huérfanos de padres y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar, causarán doble cuota de Subsidio Familiar sin limitación en razón de su edad.
   El trabajador beneficiario deberá demostrar que las personas se encuentran a su cargo y conviven con él.

5. Los padres biológicos del menor que en el Registro Civil aún aparezcan con tarjeta de identidad y ya sean mayores de edad, deben actualizar y presentar fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

AUXILIOS POR DEFUNCIÓN

1. En caso de muerte de una persona a cargo por la cual el trabajador estuviese recibiendo Subsidio Familiar, se pagará un Subsidio Extraordinario por el mes en que este ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del Subsidio en Dinero que viniere recibiendo por el fallecido.

2. En caso de muerte de un trabajador beneficiario, el empleador dará aviso inmediato del hecho a la Caja de Compensación Familiar a la que estuviese afiliado, y esta continuará pagando durante doce (12) meses el monto del subsidio a la persona que acredite haberse responsabilizado de la guarda, sostenimiento o cuidado de las personas a cargo del fallecido.

OBSERVACIONES

SEÑOR TRABAJADOR: Al respaldo del formulario de afiliación de trabajadores y personas a cargo, encontrará las declaraciones extra juicio, diligenciadas completamente según el caso

SEÑOR EMPLEADOR: Recuerde que este formulario de afiliación debe estar correctamente diligenciado, firmado por la empresa y el trabajador y debe contener los respectivos documentos adjuntos. De esto dependerá la efectiva afiliación de sus trabajadores.

EN CASO DE TRASLADO DE EMPRESA O ACTUALIZACIÓN DE PERSONAS A CARGO, ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. En **Confa** el Certificado de Escolaridad, para colegios se debe actualizar así:
   - **Para colegios calendario A:** Presentar certificado escolar a comienzo de cada año y es válido de marzo a marzo del siguiente año.
   - **Para colegios calendario B o certificados escolares de otros países:** Presentar certificado escolar hacia mitad de cada año y es válido de agosto a agosto del siguiente año
   - **Para universidades o centros educativos por semestres:** los certificados escolares son válidos semestralmente.
   - **Primer semestre:** Presentar certificado a comienzos de año para el primer semestre y sirve de enero 1 a junio 30 de cada año.
   - **Segundo semestre:** Presentar certificado a mitad de año para el segundo semestre y sirve de julio 1 a diciembre 30 de cada año
   - **Para cursos varios de educación formal:** serán válidos por el tiempo que estipule el certificado y se debe volver a actualizar
2. **En todos los casos debe anexar la fotocopia de la cédula del trabajador ampliada al 150%.**
3. Si el trabajador tiene nuevas personas a cargo, es necesario que se anexen los documentos de estas personas.
4. Si entre la fecha de retiro y la nueva afiliación a Confa del trabajador, las personas a cargo han cambiado de documento de identidad (registro civil a tarjeta de identidad o tarjeta de identidad a cédula) anexar fotocopia de éste ampliada al 150%.

EN CASO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

• **TRABAJADOR**	⬭ Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el conyuge ampliados al 150%
• **CÓNYUGUE** ⬭ Si el trabajador tiene varios grupos familiares (hijos con más de una persona) es necesario diligenciar un formulario para cada grupo familiar.	⬭ Si el trabajador es casado, debe adjuntar el Registro civil del matrimonio. ⬭ Si el trabajador es separado, para afiliar al cónyuge actual o compañero (a) permanente, debe adjuntar documento donde conste la disolución y liquidación de la sociedad conyugal anterior. ⬭ Si el trabajador es soltero y quiere afiliar al compañero (a) permanente }, debe diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación del compañero (a) permanente y/o el (los) hijastro (s) que se encuentra al respaldo de esta hoja, donde conste que ya no conviven. ⬭ Si el trabajador vivía en unión libre, para afiliar al compañero (a) actual, debe diligenciar la declaración de Terminación de la Unión Marital de hecho para compañero (a) permanente, que se encuentra al respaldo de esta hoja, donde conste que ya no conviven.
	DOCUMENTOS GENERALES
• **HIJOS** • **HIJOS ADOPTIVOS** • **HIJASTROS** • **HERMANOS HUÉRFANOS DE** • **PADRE Y MADRE**	⬭ Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el cónyuge ampliada al 150%. ⬭ Fotocopia legible del Registro Civil de nacimiento con el nombre de los padres. ⬭ Fotocopia legible de la tarjeta de identidad (a partir de los (7) años ampliada al 150% ⬭ Fotocopia legible de la Tarjeta de Identidad (a partir de los dieciocho (18) años) ampliado al 150%. ⬭ Desde los (12) años y hasta los dieciocho (18) años, certificado de estudio aprobado, con resolución del Ministerio de Educación Nacional. Es válido presentar fotocopia de la libreta de calificaciones o fotocopia de recibo de pago de pensión con el nombre del estudiante o Certificado de la Institución Educativa con una vigencia no superior a los dos (2) meses.
• **HIJASTROS** ⬭ Para que el trabajador pueda recibir subsidio por el (los) hijastros (s), el padre biológico no puede recibir subsidio por el (los) mismo (s).	**Además de los documentos generales** ⬭ Si existe matrimonio, fotocopia del certificado del mismo. ⬭ Si fuera Unión Libre, se debe diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación del compañero (a) permanente y/o el (los) hijastros (s) que se encuentra al respaldo de esta hoja, demostrando la existencia de la sociedad marital de hecho como mínimo de un (1) año y demostrando que el trabajador se hace cargo de la manutención del (de los) hijastros (s) y convive (n) con él. ⬭ Si el trabajador ha tenido una sociedad conyugal anterior, debe anexar documentos donde conste que ha disuelto o liquidado dicha sociedad. ⬭ Si un trabajador desea afiliar a su(s) hijastros(s) debe adjuntar certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia esté en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
• **HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE**	**Además de los documentos generales** ⬭ Fotocopia legible de la partida de defunción del padre y la madre del trabajador. ⬭ Fotocopia legible del Registro civil del trabajador con el nombre de los padres. ⬭ Diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación de hermano (s) huérfano (s) de padre y madre que se encuentra al respaldo de esta hoja.
• **PADRES DEL TRABAJADOR MAYORES DE SESENTA (60) AÑOS** ⬭ Se pueden afiliar al padre y a la madre siempre y cuando niguno de los dos (2) reciba pensión, renta o salario	**Además de los documentos generales** ⬭ Certificado de la EPS en el cual esté afiliado el padre mayor de sesenta (60) años que se va a afiliar, indicando el tipo de cotizante. ⬭ Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el cónyuge ampliada al 150%. ⬭ Fotocopia legible del Registro Civil de nacimiento con el nombre de sus padres. ⬭ Fotocopia legible de las cédulas de los padres ampliadas al 150%. ⬭ Diligenciar la Declaración informando que no reciben pensión - salario y/o renta para afiliación de los padres del trabajador, documento que se encuentra al respaldo de esta hoja. NOTA: Si los padres del trabajador se encuentran separados o divorciados, deben adjuntar Disolución Matrimonial, a fin de que el subsidio le llegue por separado a cada padre.
• **DISCAPACIDAD DE LOS HIJOS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE** recibirán cuota doble del subsidio sin límite de edad.	⬭ El trabajador deberá acreditar la Discapacidad de sus beneficiarios con soporte expedida por las IPS´s autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o las Administradoras de Riesgos Laborales.

Ley 1474 de 2011

Artículo 26. Fraude de subvenciones.

El que obtenga una subvención, ayuda o subsidio proveniente de recursos públicos mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, incurrirá en prisión de cinco (5) a nueve (9) años, multa de doscientos (200) a mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes e inhabilidad para el ejercicio de derechos y funciones públicas de seis (6) a doce (12) años.

DECLARACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA UNIÓN MARITAL DE HECHO - (Compañero (a) permanente)

En la ciudad de_____Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año_____,
Yo _____(Nombres apellidos),
identificado(a) con cédula de ciudadanía N° _____, de _____; declaro que no convivo
en unión libre ni bajo el mismo techo con _____ (Nombre apellidos),
Identificado (a) con cédula de ciudadanía N° _____ de _____

_____
Firma del Trabajador
Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PARA AFILIACIÓN DEL COMPAÑERO(A) PERMANENTE Y/O LOS HIJASTROS

En la ciudad de _____Departamento de_____, a los ____ días del mes de_____ de_____,
Yo_____(nombres y apellidos) identificado(a) con la cédula
No_____de_____; declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Declaro que vivo en unión libre y bajo el mismo techo desde hace _____ años _____ meses, con _____ _____, quien se identifica con la cédula No. _____ de _____
2. Declaro que convivo con las personas relacionadas en este formulario y que ellas dependen económicamente de Mí

_____
Firma del Trabajador
Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

_____
Firma del Compañero(a) Permanente
Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PARA AFILIACIÓN DE LOS HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE

En la ciudad de _____ Departamento de_____ a los_____ días del mes de_____ de_____,
Yo _____(nombres y apellidos) identificado con la cédula
No_____de_____; declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Declaro que convivo con mis hermanos huérfanos de padre y madre relacionados en este formulario y que ellos dependen económicamente de Mí
2. Declaro que al (los) hermano(s) que voy a afiliar en este formulario no reciben salario, pensión o renta alguna.

_____
Firma del Trabajador
Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

DECLARACIÓN INFORMANDO QUE NO RECIBEN PENSIÓN - SALARIO Y/O RENTA PARA AFILIACIÓN DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR

En la ciudad de _____Departamento de_____ , a los ____ días del mes de_____ de_____,
los abajo firmantes declaramos bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Yo _____(trabajador) identificado con la cédula No. _____
   de _____declaro que ni mi padre, ni mi madre reciben salario, pensión o renta alguna.
2. Yo _____(padre) identificado con la cédula No. _____
   de _____declaro que no recibo salario, pensión o renta alguna.
3. Yo _____ (madre) identificada con la cédula No. _____
   de _____declaro que no recibo salario, pensión o renta alguna.

_____	_____	_____
Firma del Trabajador Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos	Madre del Trabajador Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos	Padre del Trabajador Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

Firma de la Empresa _____